UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 71

12

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OREILLONS CHEZ L'ENFANT

ET DE

Certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1913

PAR

Eugène MISSIMILLY

Né à Draguignan (Var), le 29 juin 1878

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 19
LIBRARY

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
LEENHARDT, Agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OREILLONS CHEZ L'ENFANT

ET DE

Certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 71

12

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OREILLONS CHEZ L'ENFANT

ET DE

Certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1913

PAR

Eugène MISSIMILLY

Né à Draguignan (Var), le 29 juin 1878

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 19
LIBRARY

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
LEENHARDT, Agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f.)

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRANEL, professeur.	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A tous ceux, présents ou disparus, qui m'ont entouré d'affection, qui ont souri à mes joies ou soutenu dans mes peines ; à tous mes Maîtres qui m'ont aidé de leurs conseils.

Je dédie ce très modeste travail, faible hommage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaisance.

E. MISSIMILLY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LEENHARDT ET EUZIÈRE

E. MISSIMILLY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OREILLONS CHEZ L'ENFANT

ET DE

Certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer

HISTORIQUE

Les complications nerveuses des oreillons sont connues depuis fort longtemps, puisque déjà en 1758 Hamilton en rapporte un cas suivi de mort, que Trenel en 1812 en signale deux cas, et que Trousseau en 1854, dans une de ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu devenue classique, a magistralement décrit ces manifestations nerveuses ourliennes, si graves quelquefois que Lemarchand en 1875, cite un cas de Laveran où l'état du malade était tel qu'on hésitait entre une fièvre typhoïde et une méningite.

Depuis, les observations d'accidents méningés ou paralytiques se sont multipliées et les auteurs sont trop nombreux pour les citer tous, qui se sont occupés de cette question.

Liégeois (*Progrès médical*), Joffroy, Lannois et Lemoine (Archives de neurologie, 1886), ont étudié les complications nerveuses d'où peuvent résulter, l'aphasie, l'hémiplégie, l'hémianesthésie ; Toynbée 1874, Fournié 1885, ont montré la localisation de la toxine ourlienne sur le labyrinthe produisant une surdité rapide, totale, définitive ou temporaire ainsi que le montrent les faits rapportés par Dreyfus-Brisac, Jourdan et Thiry, et le travail d'ensemble si consciencieux de Gallavardin ne nous laisse rien ignorer des complications centrales ou périphériques des oreillons.

Ces faits sont donc bien connus et l'observation de ces généralisations, jointe aux recherches bactériologiques, aux travaux de Landouzy sur les fièvres infectieuses ont depuis longtemps permis de ne plus considérer les ourles comme une affection locale, relevant de causes locales, mais comme une maladie générale de nature infectieuse à localisation variée, glandulaire le plus souvent (orchite ourlienne), ovarite pancréatite, nerveuses quelquefois.

Malgré l'étude qui en a été faite, ce sont ces dernières que nous avons l'intention de traiter. Nous en limiterons cependant l'étude à quelques complications nerveuses chez l'enfant.

Il nous a semblé en effet que si les observations de phénomènes méningés ou paralytiques chez l'adulte étaient assez nombreuses dans la littérature médicale ; elles étaient plus rares en ce qui concerne l'enfant, et qu'il y aurait quelque intérêt à faire connaître les observations que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Leenhardt.

Afin de procéder avec clarté, nous diviserons ainsi notre travail :

1° Etude succincte des oreillons chez l'enfant ;

2° Observations de quelques complications nerveuses qui peuvent s'y rencontrer ;

3° Pathogénie de ces accidents ;

4° Leur diagnostic ;

5° Pronostic et traitement.

CHAPITRE PREMIER

Sous le nom d'oreillons, on décrit chez l'enfant comme chez l'adulte, une maladie générale infectieuse, spécifique contagieuse se localisant avec prédilection sur les glandes salivaires et pouvant intéresser accessoirement d'autres glandes de l'économie. Cette affection dont la connaissance remonte à la plus haute antiquité, puisqu'elle fut parfaitement décrite par Hippocrate, est caractérisée par un gonflement plus ou moins considérable des glandes parotides tellement constant que sans gonflement parotidien,, il devient difficile de diagnostiquer les oreillons, à moins que l'on n'observe ces cas frustes en pleine épidémie, et que les cas bien dessinés ne servent à les éclairer. Ce gonflement est généralement bilatéral, et la tuméfaction des parotides peut être légère, altérant à peine la physionomie de l'enfant ou bien faire une saillie bien évidente pouvant aller jusqu'au gonflement énorme débordant sur les parties voisines, sur le cou, allant jusqu'à la clavicule.

« Chez un jeune enfant que j'ai vu, dit Comby, l'engorgement des glandes et la congestion œdemateuse périphériques étaient tels que les deux gonflements parotidiens se rejoignaient sur la ligne médiane formant un triple men-

ton des plus gênants et des plus disgracieux. Dans ce cas horrible à voir, toutes les glandes salivaires étaient prises et peut-être aussi les glandes lymphatiques.

Il est naturel que la pression soit plus ou moins douloureuse suivant l'intensité de la congestion glandulaire au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, au-dessous de l'apophyse mastoïde, et qu'il existe également de la raideur, de la gêne, dans les mouvements de la mâchoire, se traduisant quelquefois par un véritable trismus.

Ce gonflement des parotides est le plus souvent insidieux, il s'installe lentement, à peine peut-on noter un peu de fièvre, d'anorexie. D'autres fois au contraire, mais rarement la localisation glandulaire de l'affection est précédée de prodromes bruyants, otalgie, uni ou bilatérale, somnolence, epistaxis, fièvre comme dans ce cas noté par Audigé où le gonflement parotidien fut précédé d'un accès de fièvre pendant lequel la température monta jusqu'à 40°. Ces prodromes sont cependant toujours de courte durée ; de vingt-quatre à trente six heures environ.

Cette tuméfaction parotidienne peut d'ailleurs être accompagnée de gonflement des glandes sous-maxillaires. Il existe même des faits, et Rillet, Trousseau, Guéneau de Mussy en témoignent, où la tuméfaction se localise primitivement et exclusivement aux glandes sous-maxillaires. Comby cite le cas d'une fillette de 4 ans 1/2 habituellement bien portante, qui après avoir présenté une légère élévation de température et de l'anorexie fut prise d'un gonflement des joues rappelant la fluxion dentaire. Cette tuméfaction d'abord unilatérale devint ensuite bilatérale et la palpation sous le maxillaire inférieur fit sentir nettement la présence d'un corps ovalaire de la grosseur

d'une amande et qui ne pouvait être que la glande, sous-maxillaire. Les parotides et la région pré-auriculaire ne furent jamais tuméfiées.

Enfin malgré sa grande rareté, il n'est pas possible de nier l'oreillon sub-lingual. « J'en ai vu, dit Comby, un exemple assez net chez une fillette de 11 ans, qui à la suite de troubles peu marqués de la santé générale fut prise d'un gonflement sus-hyoïdien caractéristique. La peau au-dessous du menton est soulevée par une tuméfaction symétrique, rénitente, peu douloureuse à la pression, tuméfaction qui s'étend au plancher de la bouche ».

Comme la plupart des maladies infectieuses, les oreillons présentent des formes et des degrés d'intensité très variables ; il s'en suit que les phénomènes généraux et fébriles seront également suivant les cas, plus ou moins marqués.

Il est des formes frustes, abortives, où ces phénomènes manquent totalement, et où la fièvre modérée n'empêche même pas les enfants d'aller et de venir, on remarque à peine un léger gonflement pré-auriculaire. D'autres fois la tuméfaction parotidienne s'accompagne d'une véritable altération de la muqueuse bucco-pharyngée. Le pharynx est rouge et offre les traces d'une inflammation érythémateuse bien prononcée. On a noté (Jourdan : épidémie de Dax 1878) de l'angine et des amygdalites qui coïncidaient avec les oreillons et bien souvent les précédaient ; de la stomatite érythémateuse et pultacée en rapport probablement avec les troubles de la sécrétion salivaire qui peut-être augmentée comme dans le cas de Simon et Prautois (Revue de Clinique et Thérap. 1892) ou au contraire tarie, comme dans les cas observés par Galland et par Clarke.

Mais même dans ces cas légèrement compliqués par des localisations pharyngées, la terminaison de l'affection est rapide et au bout de 5 ou 6 jours tout est terminé.

Il s'en faut cependant que cette affection évolue toujours aussi simplement. Chez l'enfant qui présente cependant par rapport à l'adulte une résistance considérable, elle prend parfois des allures plus menaçantes et se comporte alors comme une véritable septicémie.

La tuméfaction parotidienne peut être légère ou intense ; ce sont les phénomènes généraux qui donnent à ces cas leur gravité. Tantôt ils rappellent ceux de la fièvre typhoïde, et l'on voit survenir de la céphalée, de la diarrhée, de l'hypertrophie de la rate, des épitaxis, de l'albuminurie, de la sécheresse de la langue, qui coïncidaient avec un état typhoïde (forme typhoïde des oreillons). Tantôt ils rappellent ceux des scarlatines malignes (hyperthermie 40°-41) délire intense, convulsions, mouvements choréïformes, aboutissant parfois au coma et à la mort, (forme nerveuse des oreillons). Ces formes rares chez l'adulte, le sont encore davantage chez l'enfant.

De même chez l'enfant l'évolution des oreillons est le plus souvent régulière ; les complications y sont rares. Leur étude n'en a pas moins un grand intérêt. En effet, on a observé chez l'enfant toutes les complications qui ont été décrites chez l'adulte ; et bien qu'elles soient beaucoup moins fréquentes dans le jeune-âge, elles ne sont cependant pas exceptionnelles à cette période de la vie.

Ces complications sont à proprement parler, des localisations secondaires du germe spécifique des oreillons ; à défaut de la preuve bactériologique, nous pouvons invoquer des arguments cliniques pour soutenir cette opinion, d'ailleurs universellement admise.

Le plus souvent ces complications disparaissent sans

laisser de traces ; parfois cependant, malgré la rapidité de son évolution l'infection détermine dans les organes qu'elle a touchés, des lésions incurables. Ces reliquats, malgré leur très grande rareté, n'en ont pas moins une très grande importance dans l'histoire des oreillons.

Ces complications peuvent intéresser les glandes, le système nerveux, les reins, les articulations, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le cœur (Sarda).

CHAPITRE II

D'une relative rareté dans l'enfance les complications nerveuses n'en présentent pas moins un grand intérêt à cet âge : le plus souvent elles portent sur le système nerveux central, rarement elles atteignent les nerfs périphériques.

Parfois elles éclatent au début même de la maladie, mais habituellement c'est au cours des oreillons confirmés qu'elles se manifestent, précédant d'un ou deux jours l'orchite (Laveran), dont le développement coïncide en général avec la terminaison rapide des manifestations nerveuses.

Le plus souvent. ce sont des symptômes bénins, frappant les individus de souche nerveuse : subdelirium ou délire tranquille, carphologie, mouvements convulsifs, la température élevée qui accompagne ces phénomènes en rend facilement compte ; ils cèdent à la défervescence. et n'aggravent point le pronostic.

D'autres fois, par contre, il s'agit de manifestations plus intenses et plus sérieuses : le délire est violent, parfois maniaque, avec hallucinations ; il peut aboutir au coma complet ; c'est dans ces cas que l'on voit le malade succomber rapidement : le plus souvent cependant la guérison est possible. et ne tarde pas à se produire.

Parfois, ces symptômes d'excitation cérébrale diffuse se compliquent secondairement de signes de lésions en foyer : après quelques jours de délire, de fièvre intense, quelquefois de coma, apparaissent des troubles d'aphasie, d'agraphie, des monoplégies brachiales, des hémiplégies avec hémi-anesthésies : symptômes qui peuvent durer six mois, quinze mois, puis guérir.

Ainsi nous voyons que dans une maladie réputée comme bénigne entre toutes surtout chez l'enfant peuvent être des manifestations graves qui, suivant leur intensité. peuvent aller de la simple et légère agitation fébrile inhérente à toute infection, jusqu'aux lésions profondes de l'encéphale pouvant s'accompagner de paralysie et d'éclampsie, ou aboutir même à la mort.

Dans notre étude sur ces accidents nerveux de nature ourlienne nous aurons surtout en vue les accidents cérébraux et méningitiques, dont nos observations personnelles sont un exemple.

Dans ce groupe des complications cérébrales et méningitiques nous rangerons toutes les manifestations nerveuses dont la modification organique ou fonctionnelle présidant à leur développemeut, semble réagir dans l'appareil nerveux central. Signalons seulement les accidents bénins qui, chez les individus nerveux ou prédisposés, peuvent, comme nous l'avons déjà dit, accompagner le début des oreillons.

Mais les plus importantes des complications cérébrales des oreillons sont les méningites ou les méningo-encéphalites. Elles sont connues depuis longtemps ; mais les anciens auteurs n'avaient décrit que les formes graves, caractérisées par une symptomatologie bruyante, survenant le plus souvent en même temps que l'orchite ourlienne.

« L'élévation excessive de la température, le délire, les convulsions, la céphalée violente, le coma peuvent compliquer la fluxion parotidienne. C'est à ces phénomènes qu'on accorde d'ordinaire le nom de méningite ourlienne. Leur apparition est assez variable : ils peuvent se voir au début ou à la période d'état des oreillons, précédant ou non quelqu'autre localisation ; ils peuvent survenir chez la femme, chez l'enfant ou chez l'adulte, au cours d'oreillons compliqués ; l'orchite, et même après l'apparition de l'orchite quand cette complication existe. D'autrefois c'est le plus ordinairement chez l'homme adulte, précédant l'apparition de l'orchite ourlienne, que se montrent ces accidents, véritable scène nerveuse préorchitique » (Gallavardin).

Aussi ces complications étaient-elles considérées comme très rares, particulièrement chez l'enfant qui n'est presque jamais atteint d'orchite au cours des oreillons.

Dans ces dernières années, grâce à l'emploi de la ponction lombaire, on a mis en évidence les formes légères de la méningite ourlienne, qui se traduisent par une symptomatologie toujours très discrète et le plus souvent très fruste R. Monod, dans le service d'Hutinel aux Enfants-Assistés, a signalé le premier l'existence de ces réactions bénignes chez l'enfant et il a même décrit chez ce dernier une méningite ourlienne latente niée par Nobécourt Quoiqu'il en soit, il résulte de ces faits que la méningite ourlienne peut exister chez l'enfant et cela sans qu'elle précède ou accompagne l'orchite comme chez l'adulte Cependant celle ci peut même chez lui survenir après l'apparition de phénomènes nerveux et nous en présentons un cas que nous devons à l amabilité de M. le professeur Leenhardt

Observation Première

(Personnelle)

Oreillons — Orchite — Poyomyélite
Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Léenhardt

Le jeune L. M., 5 ans, est atteint le 18 mars 1912 d'oreillons, gonflement léger des deux parotides, simultanément, température à 37°9 maximum le premier jour, qui diminue et disparaît complètement en 4 jours, en même temps que le gonflement parotidien.

Au sixième jour, la guérison paraissait assurée définitivement, l'enfant reprenait son appétit et recommençait à manger, lorsque le 25 mars (8 jours après le début), l'enfant est pris d'une douleur très violente dans les bourses, avec gonflement considérable du testicule droit, température 39°, rougeur, douleur extrêmement vive au moindre contact.

Tous ces phénomènes s'atténuent quatre jours après et l'enfant paraît guéri. On le fait lever et manger comme à son habitude.

Deux jours après la fièvre s'allume pour la troisième fois et le lendemain matin on s'aperçoit qu'il ne peut pas remuer ses membres inférieurs, ni s'asseoir dans son lit.

Telle est l'histoire qui nous est racontée lorsque nous sommes appelé à voir l'enfant pour la première fois.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, bien développé et tout-à-fait indemne d'antécédents personnels ou héréditaires. A part une coqueluche importante ayant duré trois mois

l'année dernière, il n'a jamais été malade. Il a d'ailleurs quatre frères, deux plus âgés et deux plus jeunes, qui sont tout-a fait bien portants. Les parents sont également en bonne santé et on ne relève chez eux aucune tare personnelle acquise ou héréditaire ; pas d'ethylisme, pas de syphilis.

Examen le 5 avril 1912. L'enfant est couché dans son lit, un peu pâle, température 38°5. Il se plaint de quelques douleurs dans les membres inférieurs, à gauche et à droite, mais il est néanmoins assez content dans son lit et s'amuse.

Si on lui demande d'exécuter des mouvements, cela lui est complètement impossible en ce qui concerne les membres inférieurs, il n'existe même aucun mouvement possible des orteils. Il ne peut davantage s'asseoir.

Tous les mouvements passifs sont néanmoins parfaitement possibles et à la condition de procéder avec quelque douceur, on peut fléchir les divers segments des membres aussi complètement que normalement. Ces mouvements provoquent cependant quelques douleurs. Si on assied l'enfant, il ne peut se maintenir qu'en se cramponnant aux barreaux de son lit et retombe comme une masse dès qu'on le fait lâcher.

Les réflexes sont abolis.

Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité pas de troubles sphincteriens constipation marquée.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal, cœur et poumons en bon état, réflexes pupillaires, mouvements de la tête, des yeux et des membres supérieurs normaux. Abdomen normal, un vomissement hier.

Le 12 avril 1912 les phénomènes généraux; la fièvre est tombée complètement, depuis avant-hier les douleurs dans les membres inférieurs ont presque totalement dis-

paru, mais les phénomènes moteurs persistent avec une intensité presque semblable, la seule différence que l'on puisse noter c'est un léger essai de mouvement des orteils et du pied du côté gauche, le membre inférieur droit est toujours complètement paralysé, les réflexes sont abolis, pas de troubles objectifs de la sensibilité.

L'examen électrique pratiqué ce jour-là, montre une réaction de dégénérescence typique dans les muscles de la cuisse gauche, quadriceps, muscles fléchisseurs et adducteurs. Tous les autres muscles des membres droit et gauche ont conservé leur contractilité, bien que fortement atténuée.

En mai 1912, l'enfant se présente sous l'aspect suivant : la paralysie a complètement disparu au membre inférieur droit, la force musculaire est revenue quoiqu'encore atténuée. Du côté gauche, au contraire, si la paralysie a diminué au niveau du pied et de la jambe, elle persiste entière à la cuisse, muscles extenseurs et fléchisseurs, le réflexe rotulien est toujours aboli, il existe en outre un degré très marqué d'atrophie du quadriceps crural. On note une différence de 3 c. du côté gauche au côté droit. Les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont absolument impossibles.

L'examen des réactions électriques montre la persistance de la réaction de dégénérescence de la cuisse gauche ; partout ailleurs elle est redevenue normale.

En juillet 1912, après un traitement électrique régulièrement appliqué, la situation est exactement la même : l'enfant peut remuer la jambe droite, la cuisse gauche est toujours complètement paralysée, l'atrophie est beaucoup plus accusée encore.

En octobre 1912, même état : atrophie du quadriceps crural très marquée, grâce à un mouvement de balance-

ment du corps et à la fixation par un appareil orthopédique du genou gauche, l'enfant peut se tenir debout et marcher en boîtant.

Depuis ce moment jusqu'en juin 1913, l'enfant a été revu plusieurs fois : la situation persiste la même ; l'état général est bon, et grâce à son appareil orthopédique, l'enfant ne marche pas trop mal.

Cette observation présente de l'intérêt à plusieurs points de vue.

Tout d'abord l'apparition après la guérison apparente, huit jours après le début des oreillons, d'une orchite ourlienne, complication extrêmement rare chez l'enfant, et qui s'est terminée sans atrophie apparente, bien qu'il soit nécessaire d'attendre la puberté, pour pouvoir affirmer que ce testicule se développera fonctionnellement et anatomiquement d'une façon normale.

En second lieu, cette observation se fait remarquer par l'apparition de cette paralysie du membre inférieur pour laquelle le diagnostic de poyomyélite est le seul qui puisse être soutenu ; il ne s'agit pas de névrite ourlienne, la localisation des manifestations, l'absence de douleurs, le début extrêmement brusque, la réaction de dégénérescence, la rétrocession des lésions sur tous les points où l'examen électrique montre la conservation de la contraction musculaire, la fixation d'une façon définitive des lésions dans le quadriceps crural, permettent d'éliminer ce diagnostic de névrite pour adopter celui de paralysie infantile.

Quelles relations y a-t-il entre l'apparition de cette paralysie et les oreillons ? Malgré l'absence de preuves, caractéristiques de ponction lombaire qui n'a pu être pratiquée, les notions actuelles sur l'origine infectieuse de la paralysie infantile permettent semble-t-il de rattacher d'une façon indubitable cette paralysie à l'infection ourlienne.

La première complication d'orchite ne vient-elle pas d'ailleurs confirmer cette opinion, en montrant la virulence de l'agent pathogène, toute spéciale et facilitant vraisemblablement les localisations secondaires.

Ainsi sans aller aussi loin qu'Hutinel qui déclare qu'actuellement chez l'enfant la méningite est la plus fréquente des complications des oreillons, nous croyons qu'elle peut chez lui se montrer avec la même symptomatologie que chez l'adulte.

Voici deux autres cas observés par notre maître M. le professeur Leenhardt et qui diffèrent du premier par l'absence de localisation orchitique ultérieure.

Observation II

(personnelle)

Oreillons. — Réaction méningée. — Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt

R. L., 3 ans, est atteint le 3 avril 1913, des oreillons.

La maladie a débuté brusquement, alors que d'autres, frères et sœurs viennent d'en être atteints.

Enfant normalement développée jusqu'à ce jour, sans maladie importante à signaler. Père et mère bien portants.

Pendant les cinq premiers jours, les oreillons évoluent d'une façon classique, malgré une température assez élevée, 39° le soir ; pendant les trois premiers jours, état saburral très marqué des voies digestives, inappétence absolue, prostration.

Le sixième jour, alors que tous les phénomènes locaux et généraux paraissent s'amender, l'enfant est prise subitement de vomissements, en même temps que la température remonte à 40°2. L'enfant se plaint de douleurs de tête extrêmement vives. On constate d'autre part à l'examen qu'elle ne peut se mobiliser dans son lit. La tête est figée en extension, et tous les déplacements qu'on cherche à lui imprimer provoquent les plus vives douleurs ; les membres inférieurs sont également raides ; le signe de Kenig est très positif, l'enfant ne peut s'asseoir ; prostration complète. Aucun autre signe à noter ; pas de signes oculaires ou pupillaires en particulier.

Pendant trois jours ces signes persistent les mêmes en s'atténuant cependant, mais les vomissements persistent fréquents, malgré la diète hydrique absolue, la raideur est toujours extrêmement marquée.

Ce n'est qu'au quatrième jour, après le début de ces phénomènes, après un traitement intensif par les bains, la glace, la diète et de légers purgatifs que l'amélioration se produit, et que très rapidement la guérison définitive est assurée.

Observation III

Oreillons. — Réaction méningée. — Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt

G. W., âgé de 10 ans, est atteint d'oreillons, le 15 avril 1913. Elève au lycée, il tombe malade en même temps que trois de ses voisins immédiats de classe.

Rien à signaler dans les antécédents de cet enfant qui est tout fait normal, ni dans ses antécédents héréditaires.

Pendant les huit premiers jours, la température et les

phénomènes locaux sont très peu accentués. Gonflement léger des parotides, température maxima 38° le second jour. Aucuns phénomènes généraux.

Le huitième jour, après le début, alors que la température est complètement tombée depuis deux jours, que le gonflement a presque disparu, la température remonte brusquement à 39°, en même temps que l'enfant est pris de douleurs de têtes violentes, de douleurs lancinantes dans les jambes et de vomissements.

A l'examen on ne constate absolument rien aux divers appareils qu'une raideur très marquée du cou et des membres inférieurs, signe de Kernig positif ; l'enfant ne peut s'asseoir, les mouvements de la tête sont impossibles, prostration très grande, vomissement dès que l'enfant avale une gorgée de liquide, inappétence absolue d'ailleurs.

Ces phénomènes persistent aussi intenses pendant quarante-huit heures, puis très rapidement disparaissent en vingt-quatre heures. La guérison définitive est rapide et complète.

Les deux observations précédentes, qui peuvent se superposer très exactement dans un tableau clinique absolument semblable et pour lesquelles il est très regrettable qu'une ponction lombaire n'ait pu être pratiquée, sont néanmoins très intéressantes par la brusquerie des manifestations cliniques et la non moins grande brusquerie de leur disparition. Malgré l'absence de confirmation par la ponction lombaire, et l'examen cytologique du liquide retiré ; on ne peut penser pour expliquer la pathogénie de ces phénomènes qu'à une poussée passagère d'hypertension du liquide céphalo-rachidien lié lui-même à une infection légère des méninges par le virus ourlien.

Ces faits sont d'ailleurs à rapprocher de ceux que nous exposons ailleurs dans notre travail et peuvent être considérés, semble-t-il, comme un premier degré bénin et curable de la méningite ourlienne.

Voici quelques autres observations résumées de méningite ourlienne chez l'enfant.

Observation IV

(in Hutniel de Nobécourt et Brelet)

Une fillette de 12 ans est prise, trois jours après le début des oreillons de céphalée intense accompagnée de vertige et d'éblouissement. On constate de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, un léger degré de myosis, de l'affaiblissement des reflexes rotuliens La température atteint 39° 5 ; le pouls relativement lent, bat à 80 fois par minute, il est très instable et varie de 80 à 96 en quelques instants. Le ponction lombaire révèle une forte lymphocytose céphalo-rachidienne. Le lendemain, les signes méningés se sont accentués, la température atteint 39°, le pouls 96. Le troisième jour la céphalée diminue, la température baisse (38°6), le pouls est plus fréquent (100°). Le cinquième jour, tous les symptômes de méningite ont disparu.

Observation V

(Hirschprung)

Chez un enfant de 3 ans 1/2, atteint depuis quatre jours d'oreillons, on constate de l'agitation, puis pendant la nuit des crises convulsives. L'enfant était sans connaissance, agité, avait une raideur très marquée de la nuque et du dos ; il présentait de temps en temps du strabisme. La température était normale. Peu à peu l'état s'améliora, mais on constata une aphasie, qui ne commença à disparaître qu'au bout d'un mois ; la guérison ne fut complète que deux mois plus tard.

Healy a recueilli dans le service de Monro le fait suivant :

Observation VI

Un enfant de quinze ans, très nerveux, « ayant beaucoup de goût pour les mathématiques, » contracte les oreillons ; il semblait guéri quand survinrent du délire, de la fièvre, puis une orchite.

Le soir du cinquième jour, le thermomètre donne 41°7; pupilles insensibles à la lumière, dilatées, constipation. Les jours suivants, délire furieux, on est obligé d'attacher l'enfant. Le huitième jour, coma, pouls fibriforme ; la température s'abaisse un peu (39°4), mais il survient des cri-

ses de manie furieuse, l'enfant cherche à mordre. Pas de céphalalgie, pas de vomissements. Pendant près de 6 mois la marche est difficile, il y a de l'incertitude et de l'incoordination. La parole est embarrassée, les mots sont énoncés d'une façon incomplète, il y a de l'émotivité exagérée, de l'agraphie.

Les phénomènes méningitiques ont donc été suivis, dans ce cas, de troubles prolongés, altération de la parole, agraphie, parésie et incoordination des membres inférieurs.

Joffroy dans une leçon intitulée *la paralysie ourlienne*, a signalé une complication de cet ordre.

Observation VII

(*In* Comby, résumée)

Fillette de 4 ans 1/2 se présente avec une paralysie flasque des quatre membres, elle ne peut ni marcher ni se tenir debout, mais elle peut ébaucher des mouvements de préhension. Les réflexes tendineux et la contractilité faradique et galvanique étaient abolis. Il y avait hyperesthésie musculaire, anesthésie cutanée légère, intégrité fonctionnelle de la vessie et du rectum. M. Joffroy repousse l'idée d'une paralysie infantile ou d'une paralysie par mal de Pott. Il pense à la paralysie diphtérique, mais il ne trouve pas la diphtérie dans les antécédents de la malade. Par contre, l'enfant avait eu cinq semaines auparavant, les oreillons. Au huitième jour il y avait eu des

douleurs lancinantes dans le bras, puis du prurit aux organes génitaux ; les douleurs avaient ensuite gagné les jambes et les cuisses, des fourmillements étaient apparus. Vingt et un jours après le début des oreillons, la paralysie s'était accusée, puis on avait noté une albuminurie légère et intermittente. Trente jours après le début des oreillons, la paralysie avait envahi les membres supérieurs.

Un traitement énergique par les taniques fut institué. Frictions stimulantes deux fois par jour et 25 ctg. d'iodure de potassium. Bientôt les mouvements revinrent progressivement dans les membres inférieurs, puis dans les supérieurs, l'albuminurie diminua.

Trois mois après, la malade était presque complètement guérie.

« Cette intéressante observation, dit Comby, semble démontrer que les oreillons peuvent être suivis de paralysie comme la diphtérie et les autres maladies infectieuses ».

Un cas de Baas (parésie de l'accommodation chez une fillette de 7 ans, trois semaines après les oreillons), rapproche encore les paralysies ourliennes des paralysies diphtériques.

Mais nous ne pousserons pas plus loin ce parallèle entre ces deux ordres de manifestations infectieuses car si l'existence des toxines élaborées par le bacille de Klebs-Lœfler est parfaitement connue et prouvée dans la pathogénie des paralysies diphtériques, rien encore ne nous permet d'inférer qu'il puisse en être de même pour les paralysies ourliennes. Nous ne connaissons pas l'élément infectieux des oreillons et encore moins leurs toxines.

De ces quelques observations il découle que la ménin-

gite ourlienne frappe avec une égale fréquence les enfants de l'un et de l'autre sexe. Généralement elle débute deux ou trois jours après l'apparition de la tuméfaction parotidienne; cependant, elle peut survenir tardivement du huitième au dixième jour, alors que l'infection paraissait éteinte; beaucoup plus rarement, elle se manifeste avant l'engorgement parotidien qu'elle peut précéder de vingt-quatre heures, comme dans une observation de Netter.

Au point de vue clinique, Hutinel distingue plusieurs formes de méningite ourlienne :

La *forme légère*, la *forme grave* et la *méningite mortelle*.

Le plus habituellement c'est la forme légère qui serait observée chez l'enfant, si le médecin savait en rechercher systématiquement les symptômes. Mais elle est souvent fruste et passe inaperçue.

Elévation thermique à 38°, quelquefois 39°. Céphalée ou tout au moins insomnie, agitation, malaise sont les principaux symptômes. En plus d'une façon à peu près constante, dissociation du pouls et de la température.

La ponction lombaire confirme les résultats de l'examen clinique. Le liquide céphalo rachidien s'écoule goutte à goutte ; parfois, cependant il existe une légère hypertension. Le plus souvent le liquide est clair, parfois il est opalescent. L'albumine est un peu augmentée ; on ne constate pas de réticulum fibrineux. L'examen du culot montre une abondante lymphocytose. L'évolution se fait le plus souvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures. La guérison est définitive en cinq à huit jours par la disparition de la lymphocytose qui, cependant, a pu persister quelquefois (Hutinel) vingt ou trente jours.

Bien souvent cependant on observe une symptomatologie plus bruyante, et c'est à ces *méningites intenses* qu'il convient de réserver le nom de complications nerveuses

des oreillons, bien que cependant elles évoluent spontanément vers la guérison.

Trousseau en a magistralement fixé le tableau clinique : « Il arrive quelque fois, dit-il, que lorsque la délitescence de la fluxion parotidienne est accomplie, et que le principe n'est pas encore fixé, des désordres généraux de la nature la plus insolite viennent épouvanter les familles, déconcerter les médecins et jeter dans des voies thérapeutiques qui peuvent être singulièrement périlleuses. » Et les symptômes sont :

« Anxiété inexprimable, le visage pâle, grippé, le pouls petit, fréquent, inégal, les extrémités froides, fièvre ardente, tendance à la lipothymie, délire, carphologie, vomissements, selles séreuses ; cela ressemble aux mauvais jours du troisième septenaire de la fièvre typhoïde, et aux débuts de ces scarlatines malignes qui tuent les malades en quelques heures ». Enfin, la nuque est raide, le signe de Kernig est très accentué.

Suivant la localisation du processus on peut voir survenir les modalités les plus diverses depuis les paralysies de nerfs crâniens jusqu'aux modifications du pouls et de la respiration par compression du pneumogastrique. Il peut y avoir du strabisme, de l'amblyopie, de l'inégalité pupillaire. On peut observer du délire, des convulsions, des secousses musculaires dans les muscles de la face, de la langue, des membres, des monoplégies ou des hémiplégies flasques ou spasmodiques, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, de l'aphasie, de l'hypéresthésie cutanée et sensorielle, des douleurs dans le rachis ou dans les membres.

Leur durée ne dépasse pas cinq à dix jours. Malgré leur allure dramatique, elles guérissent vite et le plus souvent sans laisser de traces. Parfois cependant, on

observe des séquelles (mydriase, inégalité pupillaire, aphasie, hémiplégie), qui disparaissent au bout de quelques semaines, de quelques mois, qui peuvent parfois durer un an ou deux. Ces cas sont exceptionnels.

Il existe cependant quelques observations de méningites graves terminées par la mort. Elsaëser en a rapporté trois cas chez des enfants de neuf à onze ans ; ils présentaient une fièvre intense, du ralentissement du pouls, une respiration superficielle et irrégulière, des vomissements, de la constipation avec rétraction du ventre en bateau ; bientôt apparurent du délire, de la somnolence, des convulsions unilatérales ; deux des enfants succombèrent pendant une crise convulsive au quatrième et au sixième jour, le troisième mourut au bout de quatorze jours dans le coma.

Frénel dit avoir vu mourir deux enfants de troubles cérébraux mal déterminés dans le cours des oreillons.

Michalsky rapporte : Enfant de sept ans, oreillons, fièvre assez élevée. Au cinquième jour, coma complet, attaques convulsives, mort en quelques heures. « Il est à noter, dit l'auteur, que la méningite est survenue ici sans qu'il y ait eu d'orchite ourlienne ».

Malgré tout, ces faits sont l'extrême rareté et en dehors de la forme sévère de méningite que nous avons décrite, mais qui guérit constamment, et même sans laisser de traces au-delà de quelques semaines, il faut convenir que les formes mortelles par leur rareté et les formes frustes par leur bénignité méritent juste qu'on les signale.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Quelle est la nature des troubles nerveux que nous venons de décrire au cours des oreillons ?

Ne revêtant aucun caractère particulier chez l'enfant, les diverses explications qui en ont été données comme pathogénie chez l'adulte sont en tout point applicables aux faits qui nous occupent.

Lorsqu'on lit les observations d'accidents nerveux préorchitiques, il y a une idée qui revient obstinément à l'esprit, c'est celle de la *métastase* antique. « Il semble qu'il existe dans l'organisme une certaine quantité de principe morbide qui, à chaque instant, demande à être fixée dans un organe, le plus ordinairement les parotides, puis les testicules. » Si le poison ourlien abandonne les glandes salivaires et n'est pas fixé immédiatement par la fluxion testiculaire, il n'est pas impossible qu'il envahisse un autre appareil, les méninges et le cerveau, par exemple, et donne naissance à de graves accidents qui cèderont rapidement quand surviendra la localisation génitale.

Ce mot de *métastase*, qui suffisait aux anciens auteurs,

n'est, en définitive, qu'une étiquette qui ne peut plus nous satisfaire, du moins avec le sens précis qu'y attachaient les anciens.

Cependant Laveran admet cette localisation du poison ourlien sur les méninges, cette méningite ourlienne, mais il lui donne une signification très spéciale :

« Il est prudent, dit-il, de ne pas trop vite affirmer la méningite ourlienne ; on ne doit admettre la nature ourlienne des accidents cérébraux que si on les voit survenir avec une fièvre très vive, peu de temps avant l'apparition de l'orchite ou en même temps qu'elle. »

Cependant non encore satisfait de cette explication, on en a cherché d'autres plus précises, sans grand succès, il faut l'avouer.

Pour Eichorst, ces accidents seraient dus simplement à une *hyperhémie cérébrale passive*, reconnaissant pour cause la compression de la jugulaire par la tumeur parotidienne, explication qui n'est pas soutenable en présence de faits dans lesquels la lésion cérébrale siège du côté opposé à l'oreillon, ou d'observations dans lesquelles on voit les troubles cérébraux survenir ou très avant ou précisément au moment où la parotide disparaît.

On a aussi invoqué la possibilité d'*embolies cardiaques*, et le fait trouverait un appui dans les observations si intéressantes rapportées par Jaccoud et Grancher, par Appleyard d'endocardites aiguës développées au cours des oreillons ; mais outre que l'embolie ne pourrait expliquer les phénomènes d'excitation cérébrale, il est des cas où l'intégrité du cœur a été nettement observée.

Certes une embolie pourrait fort bien naître d'une coagulation formée insidieusement dans le ventricule gauche ; Vulpian en a admis la possibilité au sujet d'un cas judicieusement observé d'obstruction de l'artère syl-

vienne gauche dans la fièvre typhoïde. Encore conclut-il qu'il s'était agi bien plutôt d'une thrombose que d'une embolie proprement dite.

Donc thrombose ou embolie à défaut de constatation anatomique pourront être soupçonnées dans un certain nombre de cas. Mais même si elles sont possibles, elles ne suffisent pas à donner l'explication de tous les cas observés. Elles ne suffisent pas à expliquer tous les phénomènes. « Tous ces symptômes, disent Lannois et Lemoine, fièvre, vomissements, constipation, ralentissement relatif du pouls, raideur des membres paralysés, dilatation pupillaire, nous semblent nettement se rattacher chez notre malade à une hypérémie active des méninges et de la couche corticale sous-jacente. Il y avait vraisemblablement chez lui de la *méningo-encéphalite*, et cette méningo-encéphalite atteignait les deux hémisphères. Si on admet ce point, comme nous sommes disposé à le faire, on pourra se rendre compte facilement des phénomènes observés ; la lésion cérébrale consécutive à la méningite, peut-être, à des exsudats plus ou moins abondants pour certains points était légère sur le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante droite, et n'a entraîné qu'une hémiplégie faciale gauche passagère ; plus intense dans la région psycho-motrice et sur le pied de la troisième circonvolution frontale à gauche, s'accompagnant d'un certain degré d'obstruction de la sylvienne gauche, elle a entraîné de l'aphasie ayant duré une quinzaine de jours et de l'hémiplégie plus durable quoique également passagère. » Il se serait passé là quelque chose d'analogue à ce qui s'observe dans certaines méningites aiguës, et surtout dans certaines méningites tuberculeuses où l'on voit des paralysies partielles très diver-

ses, échappant à toute formule absolue, aussi variable que le siège et le nombre de lésions.

« Nous pensons donc, en résumé, ajoutait encore Lannois et Lemoine, que les accidents encéphalopathiques des oreillons doivent être rattachés à des lésions méningées d'ordre congestif ou inflammatoire ; le plus souvent celles-ci ne déterminent qu'une irritation superficielle qui disparaît rapidement après avoir donné lieu à des symptômes plus redoutables en apparence qu'en réalité.
Au contraire, dans quelques cas de nombre heureusement restreint, elles donnent naissance consécutivement à des lésions de l'encéphale lui-même (encéphalite ou ramollissement) qui produisent alors des aphasies et des paralysies plus ou moins graves et durables. Parfois même elles peuvent entraîner la mort. »

Gallavardin en 1898 a réuni 12 observations de méningites mortelles survenues au cours des oreillons. Mais sont ce bien des méningites ourliennes ? Dans la plupart des observations qui ont été publiées, l'autopsie n'a pu être faite ; aussi doit-on se demander avec Antony et Hutinel si la complication mortelle n'était pas la conséquence d'une infection associée pneumococcique ou tuberculeuse.

Aujourd'hui grâce à l'emploi de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo rachidien pendant la vie, l'existence de la méningite ourlienne est définitivement établie, cette notion, qui a apporté tant de clarté dans l'histoire jusque-là si confuse des complications nerveuses des oreillons est une des nombreuses acquisitions dont la méthode du cybodiagnostic de Widal, Sicard et Ravaut a enrichi la pathologie.

Existe-t-il une méningite ourlienne latente, ne pouvant être diagnostiquée que par la ponction lombaire ? Monod en ponctionnant de parti-pris, les enfants atteints d'oreil-

lons, avait trouvé six fois sur huit de la lymphocytose céphalo-rachidienne chez des petits malades qui ne présentaient aucun symptôme de méningite.

Nobécourt, au contraire, n'a jamais trouvé de lymphocytose au cours des oreillons non compliqués de phénomènes méningés. La question ne paraît donc pas jugée encore.

Cependant on a mis pendant longtemps en doute l'existence de cette méningite ourlienne.

« Sans doute, écrivait Comby, le délire, l'agitation, les convulsions, le coma peuvent reconnaître cette pathogénie, et c'est à juste titre qu'on a comparé les accidents cérébraux des oreillons au *rhumatisme cérébral*. Mais, quand on considère les antécédents héréditaires et personnels des malades dont les observations sont rapportées par Liégeois, par Glénéreau, quand on apprend que ces malades sont des neurasthéniques, des nerveux, des hystériques, porteurs de stigmates, ayant eu précédemment des convulsions, des attaques d'épilepsie, quand on constate, en même temps que les phénomènes paralytiques, des zones d'anesthésie, de l'hémianesthésie, quand on voit d'autres malades être des alcooliques avérés, comment ne pas reléguer au second plan les oreillons ; comment ne pas faire intervenir avant tout et par dessus tout la diathèse nerveuse? En d'autres termes, je crois qu'un certain nombre d'accidents nerveux attribués aux oreillons, relèvent essentiellement d'une tare nerveuse héréditaire ou acquise, de la folie, de l'épilepsie, de l'hystérie quand ils ne sont pas imputables à l'alcoolisme. »

« Je maintiendrai cette interprétation, ajoutait-il, aussi longtemps qu'elle ne sera pas contredite par l'anatomie pathologique. »

Cette objection n'est plus soutenable aujourd'hui. Bien

que la preuve bactériologique manque encore, il ne paraît pas douteux que cette méningite est due au germe spécifique des oreillons. Chauffard et Boidin avaient émis l'hypothèse que l'inflammation spécifique, partie des parotides, pouvait par voie lymphatique ou sanguine, gagner de proche en proche les méninges bacillaires. Sicard pense qu'il s'agit d'un processus toxique ourlien d'ordre général frappant l'ensemble des méninges. Il est aussi vraisemblable d'admettre une localisation du germe lui-même, se fixant sur les méninges après une phase de septicémie passagère (Hutinel).

Sommes-nous si loin de la *théorie métastatique ?*

En résumé et comme conclusion à cet important chapitre, nous admettrons qu'il ne peut être donné en clinique une pathogénie unique pour les accidents nerveux qui peuvent se présenter au cours des oreillons.

Sans doute, il est vraisemblable que bon nombre de ces faits dépendent de lésions de méningites ou de méningo-encéphalite congestive ou inflammatoire ; mais pour quelques-uns le doute est possible et la méningite ourlienne n'est peut-être pas aussi fréquente qu'on a bien voulu le dire ; même en présence d'une réaction dans le liquide céphalo-rachidien, il peut y avoir coïncidence des lésions méningées indépendantes des oreillons (1 cas d'Antony : méningite tuberculeuse, et un cas de Maximowitch) ; d'autre part les phénomènes de délire et même de coma peuvent relever de l'alcoolisme comme Ferrand l'a observé ; enfin il peut y avoir dans quelques cas présence de pseudo-méningite hystérique (Comby).

Enfin dans un certain nombre de cas (Percy, Smith, Demme, Liégeois), il semble que les antécédents nerveux des malades aient plus fait que les oreillons eux-mêmes pour le développement de ces accidents.

Quant aux paralysies post-ourliennes, tardives elles peuvent faire reconnaître une origine médullaire ou encéphalique ou bien plutôt périphérique analogue à celles qu'on a constatées au décours de nombreuses maladies infectieuses, comme dans la diphtérie.

DIAGNOSTIC

On conçoit sans peine que le diagnostic de ces accidents offre une réelle difficulté, surtout lorsqu'il s'agit de les rattacher à leur véritable cause.

Il est exceptionnel que pareils phénomènes se montrent liés à une infection ourlienne sans localisation concomittante sur les parotides ou les testicules. Dans un pareil cas leur véritable nature pourrait toujours être discutée.

Avec Laveran on admet que ces accidents nerveux sont liés à l'évolution de l'orchite ourlienne.

« Lorsque l'orchite ourlienne s'accompagne d'accidents méningitiques, les choses se passent presque toujours de la façon suivante : le malade présente une très forte fièvre au moment où apparaissent les symptômes cérébraux et la tuméfaction testiculaire apparaît ou suit de très près l'apparition des accidents généraux. »

Et il conclut que, si l'orchite est déjà en décroissance, si la fièvre est tombée lors de la survenue des accidents cérébraux, ce ne sont point des accidents d'origine ourlienne, mais des manifestations suscitées par l'alcoolisme, les névroses, etc. Ce que Catrin et Comby semblent admettre pour un grand nombre de cas.

Cependant nous venons de voir que ces méningites ourliennes sans orchite existent, surtout chez l'enfant ; à nous de savoir les dépister.

En tout état de cause, une ponction lombaire s'impose et un examen chimique et cytologique du liquide doit être fait.

La présence d'une lymphocytose abondante ne lève pas tous les doutes, mais permet d'éliminer toutes les infections aiguës des méninges à l'exception des oreillons.

A défaut d'anamnestiques et de la connaissance des antécédents des malades une faible proportion d'albumine dans ce liquide ferait éliminer la méningite tuberculeuse ; une proportion normale de chlorure éliminerait l'épilepsie dans laquelle le chlorure de sodium est en excès.

Mais rien ne s'oppose à l'évolution d'une infection ourlienne chez des malades tuberculeux, syphilitiques, épileptiques ou autres. C'est alors qu'il sera presque impossible de dire la part qui reviendra aux oreillons pour amener un trouble nerveux quelconque, qu'à elles seules la tuberculose, la syphilis, l'épilepsie, voire l'hystérie, auraient déterminé aussi aisément.

Quant aux paralysies périphériques elles devront être différenciées d'une névrite banale et de la paralysie infantile. Leur guérison spontanée en quelques mois peut permettre un diagnostic rétrospectif.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'extrême rareté des accidents nerveux chez l'enfant et la bénignité habituelle des oreillons à cet âge sont de nature à modifier le pronostic assez sévère que ces complications fréquentes chez l'adulte apportent à l'infection ourlienne.

Il est en effet exceptionnel de voir survenir l'orchite chez les jeunes et nous avons vu que les manifestations cérébrales intenses ne se montraient qu'au moment de cette localisation, exceptionnellement en dehors d'elle.

Quand aux paralysies périphériques, elles nécessiteront une surveillance plus grande des petits malades au déclin de la maladie. Ces paralysies ne paraissent pas subsister au delà de quelques mois.

Ces phénomènes nerveux ne peuvent mettre la vie en danger que dans un très petit nombre de cas. Le pronostic général des oreillons n'en peut être assombri de ce fait, car ces cas sont exceptions.

Au point de vue traitement, comme cela semble bien, celui-ci variera suivant le moment où l'on interviendra et suivant la forme et la localisation de la complication nerveuse qui surgira.

A titre préventif on s'attachera à prévenir chez un prédisposé, comme chez tout autre, toute cause d'excitation cérébrale ou médullaire, toute cause de congestion. Pour cela le repos au lit et le régime lacté seront prescrits aux petits malades tant qu'il y aura de la fièvre et rapidement repris à sa moindre réapparition. En cas de besoin on pourra prescrire un purgatif ou un émetho-cathartique. Les applications *loco dolenti* de fermentations chaudes émollientes ou de pommades au gaïacol à 5 o/o ou à l'ichtyol à 10 o/o, l'antipyrine, le salicylate de soude, en atténuant les douleurs diminueront les excitations périphériques réflexes.

Une désinfection constante et fréquemment renouvelée des orifices et des cavités naturelles agiront en prévenant les infections associées en diminuant l'infection spécifique.

Constituées les complications nerveuses entraîneront la mise en œuvre de moyens divers.

La forme commune de la méningite ourlienne ne demandera que la mise en œuvre de quelques moyens simples.

Ponctions lombaires aussi souvent renouvelées que le nécessitera l'intensité des phénomènes douloureux, bromure de potassium, chloral.

Dans les formes plus graves et plus sévères nous conseillerons les bains chauds à l'exemple d'Hutinel (à 38-40°).

Les formes s'accompagnant de délire grave avec vésanie et hallucinations pourront nécessiter les bains froids, les applications de la vessie de glace sur la tête. Dans tous ces cas la ponction lombaire s'impose.

Le régime lacté absolu, qu'il y ait ou non albuminurie sera appliqué dès le début.

A l'exemple de Janson-Zuéde et comme au cours de

l'urémie nerveuse, les émissions sanguines locales, une saignée même au pli du coude pourra être conseillée à côté des autres moyens employés.

Peut-être y aurait-il intérêt à tenter chez ces malades des injections sous-cutanées ou même intra-rachidiennes de sérum d'individus sains, reconnus non spécifiques ayant eu antérieurement les oreillons et actuellement guéris. Nous ne savons pas si pareille tentative a jamais été faite.

Quand aux paralysies périphériques, elles se trouveront bien des frictions existantes à l'alcool camphré et au baume de Fioraventi. Le massage et l'électricité par les courants continus ne pouvant qu'aider à la restitution *ad integrum* qui a lieu comme nous l'avons dit en l'espace de quelques mois.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des faits qui précèdent, et des études qui ont été faites antérieurement des complications nerveuses des oreillons chez l'enfant il nous paraît que :

1° Leur existence n'atténue en rien la bénignité des oreillons chez l'enfant, pour qui cette infection reste une maladie sans gravité.

2° Cependant il faut savoir que des complications nerveuses peuvent se produire sous l'influence du génie épidémique ou en raison d'une prédisposition spéciale et que de ce fait le pronostic devra en présence d'une fièvre élevée et de manifestations cérébrales rester réservé.

3° Qu'il conviendra de surveiller les petits malades atteints d'oreillons et d'étendre cette surveillance à la période qui suit la disparition de la tuméfaction parotidienne afin d'éviter la venue d'accidents nerveux.

4° Enfin, de pratiquer par les moyens que nous avons indiqués, la prophylaxie de ces accidents et les traiter énergiquement dès leur apparition.

BIBLIOGRAPHIE

Astley Cooper. — Œuvres chirurgicales, Trad. Chassaignac et Richelot 1835, p. 356.

Babinski. — Traité de Méd. Charcot-Bouchard, art. névrites.

Beuham. — Oreillons avec symptômes cérèbraux et température élevée. The Laucet, janv. 1897.

Behr. - Hufeland's journal t. LXI, Hft. I.

Bonnet (de Neuville). — Thèse de Lyon, 1893.

Catrin. — Les complications des oreillons, Rev. gén. gaz. des Hôpitaux, 1895.

Carrière. — Traitement des oreillons, Nord Méd. 1er juin 1905.

Chavanis. Paralysies ourliennes, Loire méd. 1891.

Comby. — Progrès médical, 11 fév. 1893.
Les oreillons (Bibl. Charcot-Debove).
Traité de Méd. (publié sous la direction de Grancher), II.

Deydier. — Les complications des oreillons, Biol. de la Soc. méd. chir de la Drôme, 1904.

Dopter. — La méningite ourlienne. Th. de Paris, 1910.

Dopter et Repaci (G.). — Contribution à l'étude anatomopatholo. des oreillons. Arch. de méd. exp. 1909.

Dondney. — The Lancet, 29 nov. 1890.

Eichhorst. — Ziemmsen's Handbuch, 1883.

Ferrand. — Un cas d'oreillons compliqué. Soc. méd. des Hôpitaux, mars 1894, p. 180.

Fournier. - Complications des oreillons. Arch. de Méd. et de Phar. militaire 1885.

Frank (J.). — Pathologie médicale, t. V.

Frénel. — Thèse de Strabourg, 1812.

Gailhard. — Thèse de Montpellier 1877, n° 41.

Gallavardin. — Polynévrite ourlienne au cours de la Grossesse, Lyon Méd. 25 sept. 1898.
Complications nerveuses des oreillons, Rev. gén. Gaz. des Hôpitaux 1898, p. 329.

Gillet (H.) — Mort subite dans un cas d'oreillons, Gaz. des Hôp. 1873.

Glénereau. — Sur une épidémie d'oreillons compliqués d'accidents cérébraux. Bul. de Thérapeutique, 1884, p. 616.

Guinon. — Article Oreillons, Traité de Méd., t. II, p. 240, 1899.

Haldeman. — Journ. of Amer. Med. Assoc., 14 mai 1887.

Hamilton. — Trans. of the R. soc. of Edimburg 1790. London Med.. 2, IX.

Healy. — Case of parotitis folhowed by orchitis and méningitis ; high temperature, recovery the Lancet, août 1888.

Herber. — Th. de Paris, 1899.

Hudels. — Article Oreillons, Nouv. Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 101, 1905.

Hutinel. — Art. Oreillons. Traité des Maladies des Enfants, t. 1, p. 516.

— — Complications des oreillons. Paris Bul. Med. 1910.

— — Complications. Médecine Internationale, Paris 1910.

Imbert-Gourbeyre. — Gaz. Méd. de Paris 1863, n° 26.

Janson-Zuède. — Ann. soc. de Méd. ch. Liège, mai 1884.

Joffroy. — Paralysie ourlienne, Progrès Méd. 1886 (20 nov.)

Jourdan. — Relation d'une épidémie d'oreillons au 28e bataillon de chasseurs à Dax. Rec. de Mém. de Méd. militaire, 1878, p. 537.

Landouzy. — Paralysies dans les maladies aiguës. Th. d'ag. Paris, 1880.

Lannois et Lemoine (G.). — Les manifestations méningétiques et cérébrales des oreillons. Arch. de Neurologie, 1886, t. XI, p. 1.

Laveran. — Dic. Encycl. de soc Méd. Art. Oreillons.

Laveran et Catrin. — Recherches bact. sur les oreillons. Soc. de Biol., 1893.

Legroux et Hudelo. — Traité de Méd. (Brouardel et Gilbert). Art. oreillons.

Liégeois. — Progrès Méd., 1891, 3 oct.

Longuet. — Complication des oreillons. Union Méd. 1885.

Lynch. — The Dublin Quart. Journ. of Med. Sc., 1856, p. 290.

Malabouche. — Th. de Montpellier, 1867.

Maximowitch. — St-Petersburg Med. Woch. 1880, p. 185.

Martin (A.). — Considération sur les accidents nerveux du début et de la convalescence dans trois cas d'oreillons. Journ. de Méd. de Paris, 1903.

Michalski. — Union Méd., 1885, p. 316.

Monro et Healy. — The Lancet, août 1883.

Niemeyer. — Traité de Path. interne, 1869. Art. oreillons.

Nobécourt. — Art. oreillons. Précis. de Méd. Inf., 1907.

PERCY-SMITH. — Insanity following Mumps. Lancet 1889.

PERRIN. — Complications méningitiques des oreillons, Th. de Toulouse, 1909.

RÉVILLIOD. — Paralysie ourlienne. Rev. Méd. de la Suisse rom., 1896.

ROGER (H.) ET MARGAROT. — Complications nerveuses des oreillons. Arch. de Méd. exp., 1909.

ROGER (H.), MARGAROT et SASSY. Angines graves au cours des oreillons. Montpellier Méd., 1910.

RUSSEL. — OEconom. nat. in morbis acut. London, 1755.

SALOMONSEN. — Ugeskraft Lœger, 1878.

SARDA (J.). — Sur quelques complications rares des oreillons. Montpellier Méd., 1888.

SOREL. — Arch. de médec, militaire. Déc, 1883.

STEINER. - Wien. med. Blætter, 1896, p. 22.

TEISSIER et ESMEIN. — Etude Bact. de quarante-cinq cas d'oreillons. Soc. de Biol., 1906.

TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. I, p. 253.

VULPIAN. — Obstruction de l'artère sylvienne gauche dans la fièvre typhoïde. (Rev. de Méd. fr., 1884.)

WILLIAMSON. The Lancet, 1886, p. 187.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juin 1913.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juin 1913
Le Doyen.
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !